



VERÔNICA DE CAMPOS MAGALHÃES

**AÇÕES DE SAÚDE MENTAL DESENVOLVIDAS POR PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Porto Alegre

2012



VERÔNICA DE CAMPOS MAGALHÃES

**AÇÕES DE SAÚDE MENTAL DESENVOLVIDAS POR PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Educação em Saúde Mental Coletiva.

Orientador: Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Porto Alegre

2012

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 DELINEANDO ALGUMAS QUESTÕES SOBRE A LOUCURA E O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	7
2.1 A Atenção Básica e as Ações de Saúde Mental	9
3 APRESENTANDO A METODOLOGIA.....	12
3.1 Tipo de Estudo	12
3.2 Campo de Pesquisa	12
3.3 Sujeitos da Pesquisa	13
3.4 Procedimentos e Coleta de Dados.....	13
3.5 Análise de Dados	14
3.6 Aspectos Éticos.....	14
4 APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS DA PESQUISA	16
4.1 As ações em saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família: tecnologias de cuidado utilizadas pelos profissionais	16
4.2 As dificuldades enfrentadas pelos profissionais para trabalhar com saúde mental na ESF.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ESTUDO.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE A - Roteiro para a Entrevista.....	34
APÊNDICE B - Carta para a Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul.....	35
APÊNDICE C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.....	37
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	38

RESUMO

Este estudo tem como objetivo conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde, no contexto da atenção básica. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família do Município de Sapucaia do Sul-RS. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semi-estruturada, aplicadas a quatro profissionais, conforme critérios previamente estabelecidos. Após a transcrição dos dados e de sucessivas leituras, identificou-se as seguintes temáticas: as ações em saúde mental desenvolvidas na ESF e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para trabalhar com saúde mental na ESF. Identificou-se que as principais ações de cuidado em saúde mental na atenção básica se estruturam a partir do acolhimento e do vínculo com usuários e famílias, seguindo-se de seus desdobramentos. São tecnologias que permitem ao trabalhador conhecer melhor o território onde vive o sujeito. Isso também ajuda no conhecimento mais íntimo do problema enfrentado pelo usuário, suas demandas e necessidades de cuidado. Sobre as dificuldades, os trabalhadores apontaram as incertezas sobre o cotidiano do trabalho em saúde mental na ESF e os obstáculos de acesso aos serviços especializados. Para eles, ainda não fica claro qual é o papel do trabalhador no atendimento em saúde mental na ESF, o qual depende, muitas vezes, da opinião médica para dar direcionamentos mais precisos. No que diz respeito à dificuldade de acesso ao CAPS, revelam que há uma demanda reprimida que não consegue atendimento no serviço, além da falta de apoio especializado para o atendimento às demandas de saúde mental das pessoas na comunidade. Nesse sentido, o CAPS, como potencial estratégico do processo de reforma psiquiátrica no território, se afasta da comunidade ao invés de aproximar-se. Espera-se que o estudo possibilite repensar processos de trabalho não apenas na ESF, mas também incentivando a rede como espaço produtor de novas perspectivas e caminhos de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico.

Palavras chave: saúde mental; atenção básica; reforma dos serviços de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica para Amarante (1994, p. 43), é “o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente”.

O movimento da Reforma Psiquiátrica ocorre no mundo inteiro e em diferentes formas desde a década de 60, com a queda do paradigma asilar. Tendo como referência a desinstitucionalização italiana, o Brasil vem conseguindo fazer grandes mudanças nas práticas em saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentro do SUS, prevê-se que as ações de saúde passem a obedecer aos princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e comando único, regionalização, hierarquização e participação popular. Desta forma, entendemos que a assistência em saúde mental deve obedecer a estes princípios e diretrizes (BRASIL, 2006).

A reforma psiquiátrica vem avançando nas discussões sobre a reorientação do modelo assistencial, antes centralizado no contexto do manicômio e agora voltado para os serviços comunitários. Isso só foi possível diante de um intenso movimento de lutas e pelo acolhimento da proposta pela Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) – DAPE/SAS/MS, que foi desenvolvendo uma série de documentos que dispõem sobre a rede de saúde mental e as ações desenvolvidas por ela. Dentro da rede, destacam-se as ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2005).

A saúde mental ainda é um campo aberto à discussão e reflexão. A Organização Mundial da Saúde estimava que cerca de 450 milhões de pessoas sofressem com transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então de problemas psicossociais, como os associados com o abuso de álcool ou outras drogas. Destas, muitas sofrem sem a ajuda de recursos, em silêncio. Nesse sentido, entendo que muitos de nós, trabalhadores da saúde, ainda ignoramos esta questão sem perceber que a saúde física e mental influenciam uma a outra. Muitas doenças mentais e físicas são influenciadas por fatores genéticos, psicológicos e sociais (BRASIL, 2005).

Para mim, não há como falar em saúde sem falar em saúde mental. E não há como falar em saúde mental sem a participação de dispositivos que estejam próximos ao contexto de vida das pessoas, isto é, que possam reescrever, juntamente com elas, a sua história e suas demandas. É aqui que vejo a importância da atenção básica nesse cardápio de recursos.

Para Tanaka e Ribeiro (2009), há duas principais ações de saúde mental em que a atenção básica tem potencial para desenvolver. A primeira é detectar queixas de sofrimento psíquico promovendo escuta qualificada, e a segunda é oferecendo tratamento na própria unidade ou realizando encaminhamento ao serviço especializado. Desta forma, um maior número de pessoas tem acesso mais fácil e mais rápido de acordo com a necessidade de suas demandas.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (2001):

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (OMS, 2001).

Como trabalhadora comprometida com o SUS e envolvida com a atenção básica e com a saúde mental, percebo muitas dificuldades no cotidiano. Durante minha atuação profissional, pude perceber as diversas modalidades de cuidado ao usuário do campo da Saúde Mental e os entraves que o acompanham, como a própria resistência dos trabalhadores desde a porta de entrada dos serviços de saúde. Atualmente, como enfermeira de um CAPS-ad, tive a oportunidade de aproximar-me da rede de atenção básica através de um curso de Capacitação em Saúde Mental para a Atenção Básica que foi oferecido pela equipe de saúde mental da qual sou membro integrante da equipe apoiadora, onde mais uma vez me deparei com essa dificuldade.

Diante disso, esta pesquisa tem como **objetivo geral** conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica. Como **objetivos específicos**, identificar cenários onde as ações de saúde mental são desenvolvidas e analisar as dificuldades em relação à interface entre a saúde mental e a atenção básica, sob o olhar dos profissionais de saúde.

2 DELINEANDO ALGUMAS QUESTÕES SOBRE A LOUCURA E O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O conhecimento da loucura e da psiquiatria como especialidade médica são recentes na trajetória da humanidade. Em resposta à desorganização social e à crise econômica do século XVII, na Europa, devido a alterações nos modos de produção, surge o enclausuramento asilar como forma de ocultar a miséria. Passam a ser presos pela milícia todos os sujeitos que de certa forma não contribuíam para a sociedade, como os desempregados, os sem domicílio, mendigos, criminosos, loucos, prostitutas, maltrapilhos e os alcoólatras. Os asilos então objetivavam um espaço de exclusão social (CASTRO et al., 2009).

Para Desviat (1999), a Espanha mostrou-se à frente na criação dos hospícios, com a passagem de albergues para grandes enclausuramentos. Nos próximos anos estabeleceram-se o manicômio e a psiquiatria como especialidade médica, e com ela a diferenciação das formas de loucura e alienação, assim como os espaços de reclusão.

Conforme consta em documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, em Brasília, surgem no século XVIII, em 1793, com Pinel, as instituições psiquiátricas, excluindo o doente mental do convívio da sociedade, sendo mantidos afastados dos ditos normais que não a ameaçavam (BRASIL, 2005).

Castro et al. (2009) trazem em seu trabalho que a partir de Pinel, a loucura enquanto doença deveria ser tratada a partir de suas manifestações no organismo, criando um campo de possibilidades terapêuticas, mas definindo um estatuto patológico e negativo para a loucura. Ao mesmo tempo em que lhes dava a assistência médica, lhes era tirado o direito de cidadania, sendo eles excluídos definitivamente do espaço social. Perdendo assim, o direito de serem sujeitos e passando a serem totalmente incapazes, vigiados e controlados, sem direito de escolha.

É nesse sentido que o manicômio se transforma em uma “instituição total” (GOFFMAN, 2001), na qual toda a estrutura estimula e orienta o controle, a alienação e a separação do indivíduo de sua vida externa. Ela não só controla o “ir-e-vir”, mas também todas as atividades cotidianas que dele fazem parte, como o comer, o dormir, o brincar e o interagir. No momento em que esse mesmo indivíduo

se separa de seu mundo e se “desacultura”, ele vai se perdendo de tudo e de todos. Assim, o indivíduo experiencia aquilo que o autor chama de “mortificação do eu”, que gera um intenso processo de sofrimento e de proporções devastadoras.

Somente após as duas Guerras Mundiais do século XX, cerca de 200 anos após Pinel, surgem grandes questionamentos acerca dos saberes e poderes da Psiquiatria, influenciados pelas barbáries ocorridas nessas circunstâncias. Neste momento histórico inicia-se em diferentes países diversas tentativas de modificar os hospícios, buscando primeiramente a humanização dos asilos (CASTRO et al., 2009).

Birman e Costa (1994) trazem que tais tentativas de reforma ocorrem no interior do hospício, primeiramente com a psicoterapia institucional (na França) e as comunidades terapêuticas (na Inglaterra e Estados Unidos), chegando às terapias de família; e posteriormente com a psiquiatria de setor (França) e a psiquiatria comunitária ou preventiva (Estados Unidos), expandindo a psiquiatria na comunidade objetivando a saúde mental e não mais a doença. A psiquiatria preventiva trabalha em rede de serviços extra-hospitalares, não negando a necessidade do hospital psiquiátrico, mas na lógica de diminuir o número de internações trabalhando em um sistema assistencial em saúde mental nos três níveis (primário, secundário e terciário).

Com Franco Basaglia, na década de 60, inicia-se o movimento de desinstitucionalização da psiquiatria na Itália. Tendo o mesmo, na década de 70, em Trieste, iniciado um projeto mais sólido de desinstitucionalização objetivando a desconstrução do manicômio. Basaglia utilizou a lógica de serviços substitutivos, visando a reinserção social do sujeito a fim de exercer o direito de cidadania. Gerando assim, nova relação entre o “louco” e a sociedade (CASTRO et al., 2009).

Os movimentos de Basaglia influenciaram diversos outros países, tendo em vista hoje no Brasil a promoção da cidadania e bem-estar social aos que sofrem psicologicamente (CASTRO et al., 2009).

A história da psiquiatria no Brasil é mais recente que em outros países do mundo, mas não menos controversa. Os trabalhos de Machado et al. (1978), Amarante (1994) e Pinho (2009) comentam sobre os desvios e os paradoxos do modo de pensar a assistência ao indivíduo que padece psicologicamente. Se até meados dos anos de 1970 a psiquiatria era quase que exclusivamente hospitalocêntrica, com o surgimento dos movimentos reformistas na América Latina,

também houve a necessidade de se repensar o que e como se cuidava da loucura no interior e no exterior dos serviços.

Um desses marcos teóricos foi a Declaração de Caracas, em 1990. Trata-se de um projeto de reforma da assistência psiquiátrica para a América Latina e o Caribe, estabelecendo os princípios, objetivos e estratégias necessárias para retirar o viés hospitalocêntrico dessas práticas. A Declaração de Caracas foi importante porque trouxe ao mundo novas explicações e possibilidades terapêuticas, de modo a respeitar os direitos humanos dos pacientes em sofrimento mental e superar o hospital psiquiátrico como cenário de práticas.

É nesse bojo de transformações que o Brasil vem se preparando para dar um salto de qualidade no atendimento à saúde mental. Além das leis que regulamentam a assistência à saúde no país, destacam-se outros instrumentos normativos, como as Portarias nº 189/91, nº 224/92 e a nº 336/2002. As duas primeiras regulamentam a atuação e a constituição das equipes multiprofissionais em saúde mental. Inserem, no âmbito do SIH/SUS, a remuneração de procedimentos como consultas individuais, atendimentos em grupos, visitas domiciliares, acolhimento, oficinas terapêuticas e atendimentos em hospitais-gerais, além dos padrões mínimos de funcionamento dos serviços. A última regulamentou a abertura e o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços estratégicos no processo de implantação da reforma psiquiátrica e que nascem como alternativas para substituírem o manicômio por um atendimento focado na comunidade (BRASIL, 2004).

Sua essência é a de ser um serviço que possibilite integrar os diversos sistemas e recursos disponíveis onde o indivíduo mora. Que o sujeito possa transitar pelos espaços e cenários, sendo atendido e cuidado no interior dessa rede e também junto aos seus. Os CAPS são dispositivos estratégicos pelo potencial que possuem de dialogar com outros setores da saúde. E dentro deles, a atenção básica, como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, tem seu papel fundamental. É sobre isso que falarei a seguir.

2.1. A Atenção Básica e as ações de saúde mental

Cotidianamente as equipes da Atenção Básica se deparam com problemas de saúde mental. Cada equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é

responsável pela cobertura de até 1000 famílias, e devido a sua proximidade com famílias e comunidades as equipes se apresentam como recursos estratégicos para detecção de problemas de saúde mental, como os relacionados a uso abusivo de álcool e outras drogas e outros transtornos psíquicos (BRASIL, 2005).

As ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), a articulação entre saúde mental e atenção básica tem como principais princípios:

- noção de território;
- organização da Atenção à Saúde Mental em rede;
- Intersetorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização;
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Como suporte, a Organização Mundial da Saúde (2003) propõe a organização das ações de saúde mental na atenção básica através do Apoio Matricial da Saúde Mental a essas equipes. O Apoio Matricial oferece suporte técnico às equipes, compartilhando alguns casos sob a forma de corresponsabilização, discutindo, intervindo e atendendo conjuntamente os casos. Desta forma, é diminuída a demanda de encaminhamentos, pois é aumentado a resolutividade de problemas de saúde pela equipe local.

Os serviços especializados (CAPS) recebem grande demanda de usuários que poderiam receber atendimento breve na AB. Muitos deles, no entanto, acabam enfrentando dificuldades no acesso à rede, principalmente pelas barreiras impostas pela equipe.

Percebe-se atualmente a necessidade de uma equipe bem preparada para tratar e acompanhar a qualificação das relações do usuário junto à família e à sociedade. Portanto, uma abordagem profissional implicada com o campo de Saúde Mental deve estar presente no cotidiano de trabalho, realizando um acolhimento humanizado, orientando o encaminhamento ou em atendimentos na própria unidade, a fim de construir novas perspectivas de vida aos usuários, incentivando ao trabalho e ao lazer, resgatando assim sua cidadania.

Nesse sentido, entendo que os serviços da atenção básica e os profissionais que neles trabalham devem ser acompanhados e qualificados para as demandas de saúde mental da comunidade. Isso pode ser feito não apenas pelo apoio matricial oferecido pelos serviços mais especializados, como os CAPS, mas pela rede em si, formando intensos laços que são também afetivos e comprometidos com a realidade. Isso porque:

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por seu estabelecimento de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A interação e vínculo entre o profissional da saúde e o usuário vêm como resposta da qualidade de atendimento, assim como o modo de acompanhar escutando, cuidando e tratando os indivíduos, individual e coletivamente. E no contexto da saúde mental, acredita-se que seja nesse espaço em que usuário e trabalhador se conhecem e reconhecem, de forma a construir oportunidades de diálogo, projetos de vida e autonomia cidadã.

3 APRESENTANDO A METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Esta investigação teve como objetivo conhecer a concepção de uma equipe que atua em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, acerca das Ações de Saúde Mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da Atenção Básica.

Considerando a proposta deste estudo, esta pesquisa é de natureza qualitativa, com abordagem descritiva e exploratória. Minayo (2001, p. 21-2) pontua que a pesquisa qualitativa se preocupa com informações que não podem ser quantificadas, trabalhando em um nível mais profundo das relações e dos fenômenos “que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

3.2 Campo de Pesquisa

Este estudo foi realizado em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, no município de Sapucaia do Sul/RS. Segundo os dados do Censo 2010, publicados no Diário Oficial da União, a população do município em estudo é em torno de 130.000 habitantes.

A rede municipal de Saúde é composta por dezoito Unidades Básicas de Saúde, sendo que treze dessas equipes trabalham com a proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, há uma unidade móvel que atende aos habitantes residentes fora da área de cobertura da ESF. Na Atenção Secundária o município possui um Centro de Saúde Mental (CESAME), um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS-ad), uma Clínica de Saúde da Mulher (Clisam), um Serviço de Infectologia, uma Unidade Central de Especialidades (UCE) e um Serviço de Pronto Atendimento (Postão). A Atenção Terciária dispõe de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Hospital Municipal, provido de uma Unidade de Internação em Saúde Mental.

Em reunião com a Coordenação de Saúde Mental e de Atenção Básica foi definido realizar o estudo em apenas uma unidade como forma de estudo inicial e foi escolhida a ESF Freitas devido ao fácil acesso à população, pois a unidade localiza-se ao lado da Secretaria Municipal de Saúde.

O funcionamento da ESF Freitas ocorre de segunda à sexta-feira, das 8 às 17 horas. A equipe é composta por treze profissionais, sendo eles: um médico, um dentista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um técnico de saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar administrativo.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos foram trabalhadores de saúde da ESF Freitas no município de Sapucaia do Sul, no mês de fevereiro de 2012.

Fizeram parte da pesquisa quatro profissionais deste serviço que estavam inseridos na equipe há pelo menos seis meses, que não estavam em período de gozo de férias ou licenças, e que se dispuseram a participar da pesquisa e permitiram a divulgação dos resultados, preservando-se as questões éticas.

Para aquelas que possuíam mais de um profissional da mesma área, foi escolhido aquele que estava a mais tempo atuando na unidade.

3.4 Procedimentos e Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista aberta ou não-estruturada que, conforme Minayo (2001), aborda de uma maneira livre o tema proposto. Neste estudo, a pergunta norteadora da entrevista foi: “Qual a sua concepção acerca das Ações de Saúde Mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da Atenção Básica?”.

Após a aceitação de participação dos sujeitos, foi agendada data e local, a fim de realizar a entrevista. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e digitadas na íntegra. Todos os participantes aceitaram gravar os seus depoimentos.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, seguindo roteiro preparado pela mesma (APÊNDICE A).

Nas entrevistas, buscou-se informações conforme os objetivos propostos no presente estudo: conhecer as práticas de trabalho existentes, identificar possibilidades e dificuldades do processo de trabalho em relação à interface Saúde Mental e Atenção Básica e identificar as dificuldades frente ao acolhimento destes pacientes.

A coleta de dados foi realizada na ESF escolhida, em fevereiro de 2012.

3.5 Análise de Dados

A análise foi feita de acordo com a natureza dos dados produzidos. A pesquisa produziu dados derivados dos textos gerados a partir das transcrições literais das fitas de áudio gravadas durante as entrevistas.

Inicialmente foram realizadas inúmeras leituras e releituras dos textos gerados pelas mesmas. A intenção foi buscar mergulhar naquilo que foi dito pelos informantes, para ir aos poucos identificando os diferentes componentes dessas mensagens. Dessa forma, foi possível perceber os elementos em comum, as contradições e os temas sistematicamente silenciados. De posse dessas informações, construiu-se um conjunto de temáticas descritivas, que serviram para subsidiar a constituição dos eixos temáticos do estudo.

3.6 Aspectos Éticos

Quanto às questões éticas, esta investigação respeitou os preceitos éticos preconizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Inicialmente, foi feito contato com o local, solicitando a autorização do mesmo para a realização do estudo naquele espaço (APÊNDICE B). Este projeto foi encaminhado à Coordenação de Saúde do local de estudo, à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS. Foi aprovado em 16/02/2012 pelo CEP/UFRGS

(APÊNDICE C).

Após, os profissionais vinculados ao serviço foram convidados a fazer parte do estudo e, posteriormente, foi explanando aos mesmos os objetivos da pesquisa, respeitando e considerando as suas decisões em participar ou não do estudo. Na medida que os mesmos aceitaram participar da pesquisa, foi garantido o sigilo das informações obtidas e o uso destas foram somente para fins científicos. Os participantes do estudo também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

Com a intenção de preservar o sigilo dos atores desta pesquisa, os mesmos foram identificados com números, na sequência em que as entrevistas transcorreram.

4 APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS DA PESQUISA

O resultado de repetidas e exaustivas leituras dos materiais/dados coletados no campo empírico da investigação oportunizou uma apreensão acerca da concepção dos profissionais de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre Ações de Saúde Mental exercidas por profissionais de saúde no contexto da Atenção Básica. A partir disso, emergiram dois temas, estando estes relacionados às ações em saúde mental desenvolvidas na ESF e às dificuldades enfrentadas pelos profissionais para trabalhar com saúde mental na ESF.

4.1. As ações em saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família: tecnologias de cuidado utilizadas pelos profissionais

As ações de saúde mental, na atenção básica, devem obedecer a lógica do cuidado, em que o processo deve ser conduzido no território e focado na articulação com outras parcerias estratégicas. No entanto, o elemento central continua sendo o vínculo e o acolhimento dos sujeitos, pois são através deles que o processo se transversaliza e consegue trabalhar voltando-se para as demandas das pessoas (MS, 2003).

Identificamos que o vínculo aparece como estratégia importante no cuidado aos indivíduos com transtorno mental na ESF. Para os entrevistados, é no momento de um procedimento que aproveita para interagir com o usuário e verificar a existência de outros problemas, iniciando o trabalho de vínculo:

“Quanto problema a gente tenta ajudar na hora de um curativo ou uma verificação de pressão, por exemplo, tu começa a conversar e aparece muita coisa. Como uma senhora que vem fazer curativo, que contou de um filho que andava agressivo e teve um aneurisma quando criança e frequentou APAE, hoje adulto tava tendo umas crises, e eu questionei se ele tinha acompanhamento, se ía ao neurologista, nunca tinham dito pra ela que ele precisava, encaminhamos ele e até hoje ela agradece. A gente se vincula com as famílias, isso é muito bom”. (1)

“Aprendi muito e nunca vou deixar de fazer o que já faço de escutar, acolher, de estar com a população.” (4)

“Vemos o quanto é importante a consulta naquele momento, o que tem por trás daquilo ali, se tem dor há quanto tempo a dor, se ela se incomodou, se está com algum problema, faz toda escuta.” (2)

“primeira coisa que eu faço é ouvir, primeiro tu escuta, tenta conversar, ouve tudo que a pessoa pensa, o que ela quer dizer... Às vezes ela brigou com alguém e a primeira pessoa que ela vê, ela quer falar... Questiono o porque ela está assim, o que a deixou irritada. Se ela ta falando sem parar fico calada escutando, até ela me dar oportunidade ou se incomodar por eu estar quieta, então explico que ela não me deu chance e ela deixa eu falar também!” (4)

Diariamente nos deparamos com profissionais de saúde que ainda confundem os conceitos de acolhimento e de vínculo em saúde, entendendo-os como parte de um processo de recepção, primeiro atendimento, triagem. De acordo com Teixeira (2003), o acolhimento, por exemplo, não se restringe apenas ao espaço e ao momento formais da recepção. Prolifera por todos os encontros assistenciais que marcam a passagem de um usuário pelo serviço, pois, nunca se cessa efetivamente de investigar/elaborar/negociar as necessidades que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço. Trata-se, portanto, de um já bem diferenciado conteúdo de atividade, que não se confunde mais com o primeiro contato de um usuário com o serviço.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

É na conversa que a “matéria” se apresenta à sensação como puro dado, no encontro trabalhador-usuário, e que a realização do trabalho em saúde depende inteiramente dessa “materialidade” do encontro. A exemplo de uma unidade básica de saúde, o que se percebe essencialmente são conversas, que podem ser exclusivas ou acompanhantes de outros procedimentos que se realiza no serviço. Por isso é tão importante concentrar-se no acolhimento com eixo de cuidado às pessoas, e não nas outras tecnologias (TEIXEIRA, 2003).

No mesmo sentido, Amarante (2007) traz que se procurarmos sentir e nos relacionar com os sujeitos em sofrimento, se nos dirigirmos às pessoas e não às suas doenças, podemos vislumbrar espaços terapêuticos em que é possível escutar e acolher suas angústias e experiências vividas, espaços de cuidado e acolhimento, de produção de subjetividades e de sociabilidades. Uma escuta que, segundo Conte

(2007), implica a leitura do que se ouve e, portanto, implica outra dimensão que está suposta no que o sujeito diz, na medida que ocorre a queda de seus sentidos fixos, imaginários, e a emergência de novos significantes. Para isso é necessário romper com o silêncio que produz o adoecimento, trabalhando nos estabelecimentos de saúde no viés de produzir o cuidado a partir de um acolhimento humanizado.

Entendo que essa unidade do vínculo, que permite o encontro entre as pessoas, talvez seja a melhor estratégia de cuidado em saúde mental. No caso dos profissionais 1 e 2, por exemplo, ouvir a queixa e questionar o usuário não resume o atendimento. É preciso continuar estimulando a abertura de espaços para que o diálogo possa ser o instrumento genuíno de integração e que haja, a partir dele, confiança, estreitamento de laços e boa convivência entre os sujeitos. É o acolhimento que estimula o vínculo e a confiança nas condutas e também nas pessoas, por isso é tão importante considerá-lo como elemento central do processo de trabalho em saúde mental na ESF.

No caso do profissional 4, há uma preocupação sobre a necessidade de escutar atentamente o problema do indivíduo, respeitando o momento do usuário. Isso quer dizer que não se desqualifica a clínica (tradicional) dele, mas se valoriza o encontro como possibilidade concreta de transformar o processo de trabalho dessa clínica, valorizando o sujeito e não apenas a sua doença, para fortalecer vínculos.

Todo profissional de saúde deve ser capacitado para trabalhar com o cuidado, independente do papel que desempenha, pois trata-se de um produtor de atos de saúde, um operador de cuidado. O profissional sempre atua clinicamente, e como tal, deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, como modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos (MERHY, 2002).

Ainda sobre o atendimento a usuários com transtorno mental, um dos sujeitos da pesquisa constrói o vínculo e a relação adequando-se à linguagem do usuário, o que vem ao encontro de que a pessoa com transtorno mental é mais uma dentre as muitas que buscam solucionar certos problemas de saúde nos serviços. Nesse sentido, cabe ao profissional respeitar as origens e a linguagem do usuário, adaptando-se a ele, e não o contrário:

“Depende, eu aqui tento me adequar dentro do consultório, tento atender ele normal, na linguagem dele, que ele entenda pra gente ter uma boa relação.” (3)

De acordo com Brasil (2003), as equipes da Atenção Básica por sua proximidade com famílias e comunidades, são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos à saúde, que geram diferentes formas de sofrimento psíquico. A qualquer doença há um componente de sofrimento subjetivo associado, que pode atuar como entrave para a adesão de práticas preventivas e de vidas saudáveis. Desta forma, dizemos que não há problema de saúde sem problema de saúde mental, e que toda saúde mental é produção de saúde. Por serem tão complementares e atuarem no território, é preciso adotar uma lógica que não seja unicamente vista do ponto de vista do serviço, mas principalmente do ponto de vista das necessidades e da compreensão das pessoas, com suas singularidades, limitações e potencialidades.

A mudança na produção do cuidado é marcada por novas subjetividades ativas na produção do cuidado, de um modo de trabalhar em saúde que tem como centro o campo relacional, abrindo encontro com os usuários para espaços de fala, escuta, olhares, signos que têm sentido para ambos, trabalhador e usuário e formam o centro do processo de trabalho (FRANCO, 2011).

Neste sentido, percebo que o cuidado sempre se constrói em relação com o outro, seja um trabalhador ou o usuário, a fim de reforçar a construção das histórias de vida das pessoas e suas representações sociais e culturais. No entanto, há outros espaços em que essa produção de cuidado e vida acontece, longe dos atendimentos individuais, como no caso do **trabalho em grupo**.

Grupo é definido como uma unidade social, um conjunto de indivíduos, mais ou menos estruturada, com objetivos e interesses comuns cujos elementos estabelecem relações e interação entre si, se constituindo, assim, como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios. Pode-se, portanto afirmar que assim como todo indivíduo pode se comportar como um grupo, todo grupo se comporta com individualidade (ZIMERMAN, 2007).

O trabalho em grupo faz parte do cardápio de atividades da ESF, como mais um instrumento de cuidado aos indivíduos do território. Nos depoimentos a seguir, fica marcada essa tendência:

“Tem o grupo de caminhada três vezes por semana, são hipertensos e diabéticos, então antes de sair verificamos pressão e HGT pra ver como estão porque a caminhada é longa, vamos até a divisa de Sapucaia e São Leopoldo. Quando não estão bem, não vão, e estar bem e poder caminhar

já é um otimismo pra eles. É um grupo de quinze pessoas e muitos deles eram acomodados em casa (tv, rádio), e começaram o grupo o que elevou a auto-estima deles... a médica também fazia um grupo com os usuários depressivos, eram só palavras boas, auto-estima, sentimos falta dela".(1)

"A maior [contribuição] acho que é o grupo. Às vezes as pessoas não têm o que fazer e vêm aqui, conversam. Neste grupo que a professora vem a minha auxiliar de saúde bucal ensina tricô, croche, mas na verdade não é por isso que elas vêm, e sim pra conversar, porque é uma roda de conversa, elas falam dos problemas. Vem porque é bom pra elas, e é bom para nós porque elas gostam. Além disso, tem o acolhimento, a pessoa vem, acha que está doente, que tem um problema e às vezes está carente e uma conversa já resolve. E durante a caminhada sempre andamos ao lado de alguém, ele vai contar da vida, ou seja, na caminhada também tem a escuta dos problemas. Tem uma paciente que é um exemplo, ela passou por diversos problemas de saúde e com o marido, depressão, e disse que aquilo estava na cabeça dela, que tinha que sair daquela situação e sem consultar e tomar medicação, participando da caminhada melhorou." (3)

"O grupo de caminhada, às vezes a pessoa nem tem diabetes ou hipertensão, mas as pessoas vêm participar, este é um grupo que tem desde que estou aqui, eu que iniciei, desde que abriu o posto. Não considero um grupo de saúde mental, considero qualidade de vida, que eles pensam em se cuidarem mesmo, grupo de saúde mesmo – hipertensão, diabetes. No grupo de quinta elas falam mais dos problemas, das angústias, interagem com outras pessoas, trocam experiências, é muito importante. Muitas delas tinham depressão, e é um momento em que elas vem aqui, tem confraternização, teve amigo secreto no Natal, cada uma traz um prato, teve brincadeira, e melhoraram bastante, não tanto com a caminhada, elas se sentem melhor/melhoram com o grupo... elas acabam relatando coisas delas, o que está acontecendo, essa é nossa maior ação de saúde mental aqui no posto."(2) (2)

As ações em saúde mental na ESF se apresentam nos grupos realizados pela Unidade como, por exemplo, o de caminhada, no qual a convivência com outras pessoas, o diálogo, o espaço para escuta, aliados à prática de exercícios físicos, ajudam a melhorar a autoestima.

No depoimento do entrevistado 3, a maior atividade de saúde mental na ESF é o grupo de arte manual. Já o entrevistado 2 acredita que os grupos ajudam na qualidade de vida das pessoas, pois informou que esses espaços são úteis para a troca de experiências e para a promoção de saúde mental, conseqüentemente.

É importante ressaltar que, nos grupos, as rodas de escuta são um espaço onde cada integrante do grupo pode se expressar. As partilhas podem ter um tema específico como, por exemplo, o tema "depressão". Podendo também ser abertas, falando sobre o que está acontecendo na vida de cada indivíduo, o que está incomodando e/ou motivando cada um. Ouvindo as experiências do outro e vendo como ele lida com elas, ajuda nos enfrentamentos cotidianos da vida e nos orienta

sobre novos modos de ser. Além disso, os espaços de convivência proporcionam outras conversas, processos e resultados, no qual pode ser também um espaço aberto para que os participantes possam mostrar/ensinar seus talentos, tornando o grupo uma experiência ainda mais enriquecedora.

Quando falamos de uma demanda de usuários por atenção, escuta, em ser cuidado de alguma forma, no espaço de encontro na ESF, estamos novamente ressaltando a importância do acolhimento como tecnologia de cuidado em saúde (e em saúde mental). Além disso, o quanto esse acolhimento pode modelar a experiência do processo de trabalho na ESF, tornando-o cada vez mais dinâmico e imprevisível. Isso reforça a tendência de que, na ESF, não é possível criar papéis estáticos ou cristalizados, exigindo que os trabalhadores busquem, diariamente, “fazer diferente”:

“Eu acho bom, os pacientes são bons, o lugar é bom de trabalhar. A gente participa de um grupo, é tipo uma terapia na verdade. As pacientes fazem tricô, pintam pano de prato e elas conversam, falam dos problemas da vida. A professora é uma senhora bem velhinha que não tem ninguém, tem família, mas mora sozinha. Não tem onde ir, não tem amigos, e aqui é a ocupação dela, então toda quinta ela tem uma ocupação. Tem outras que fazem a caminhada, os hipertensos adoram, a gente participa. Então não é só a prática de abrir dente, restaurar dente, isso cansa com o tempo, na ESF saímos da rotina, o trabalho é mais amplo.”(3)

Os grupos podem ter vários objetivos, mas na atenção básica se tornam um espaço rico para promoção de saúde. Conviver, praticar atividades físicas, fazer arte e trocar experiência com parceiros na mesma situação ajudam a conhecer melhor as potencialidades do território e os problemas individuais ou comunitários.

De acordo com Antonacci (2009), a estruturação de tais estratégias no contexto da Atenção Básica fornece subsídios para o processo de reabilitação e reinclusão social do portador de transtorno mental, o que, por sua vez, amplia os espaços de convivência, diversifica as trocas entre usuário e sociedade, reinsere esse cidadão em todos seus grupos de convivência e permite, com isso, a passagem da loucura para o retorno à comunidade. Além disso, toma como ponto de partida as necessidades dos usuários em seu contexto sócio-relacional, para buscar, através da criação de espaços dialógicos, uma aproximação do indivíduo com seu sofrimento. Isso serve para poder compreender sua história, escutar, estreitar vínculos, cuidar, ressignificar, mediar relações, produzindo, assim, novas

possibilidades de trocas, de afetos e de relações para esses sujeitos.

Os grupos devem ser estimulados no trabalho da ESF, mas desenvolvidos seguindo-se uma metodologia específica, além de ser voltado para o interesse da comunidade. Algumas conversas na sala de espera, caixa de sugestões e análise de perfil epidemiológico são algumas sugestões para dar início ao processo e, a partir disso, planejar os grupos. Neste sentido, ao comparar diferentes profissionais que, em tempos diferentes, realizaram um grupo com mesma finalidade, os entrevistado 2 e 4 ressaltaram a importância do profissional ter domínio do grupo e de construir coletivamente os assuntos a serem trabalhados, a fim de não causar desconforto nos participantes e uma consequente dificuldade de vinculação:

“E essa era muito boa, ela tinham domínio do grupo, as pessoas Se sentiam mais à vontade, era bem bacana.”(2)

“Teve um grupo de terapia comunitária aqui no posto, em que duas psicólogas eram voluntárias, mas não deu certo e terminou, porque os pacientes não tinham ânimo de vir. Não foi como o grupo que tínhamos de pintura e artesanato que uma professora voluntária fazia nas quintas-feiras. Neste, eles chegavam perguntando – já começou? E na terapia comunitária vinham poucos e sem ânimo. Os pacientes não gostavam da maneira que era levado o grupo, as psicólogas traziam como se fosse uma receita, era aquilo ali... por exemplo, uma paciente chegava com um problema que teve com a filha e não era falado sobre aquilo, sobre o que te incomodava. As psicólogas traziam o assunto. (...), por exemplo, como evitar um conflito. Mas não era falado do problema de cada um, e os pacientes não gostavam disso, queriam um espaço pra poder resolver seus problemas. (4)

É preciso enfatizar o depoimento do entrevistado 4. Segundo ele, o grupo de terapia comunitária não funcionava porque não havia estímulo dos usuários em participar. Nesse sentido, entendo que havia um problema metodológico, pois o grupo foi criado sem a devida análise das necessidades da comunidade. Era um grupo no qual os interesses do usuário ficavam em segundo plano, o que foge à lógica do trabalho da ESF, que deve ser usuário-centrada.

Desta forma, é preciso pensar no planejamento do trabalho em grupo na ESF e nas suas potencialidades no processo de saúde da população, centrando-nos nos desejos e nas necessidades dos usuários, permitindo sua participação na definição do seu próprio processo. Neste sentido, Antonacci (2009) comenta que, pelo nível de envolvimento dos sujeitos na construção de saberes, no desenvolvimento da autonomia e na responsabilidade no cuidado da saúde, o

atendimento em grupos passa a ser o mais apropriado. Além de que, para um atendimento à população mais efetivo, é necessário que cada usuário esteja de acordo com as propostas de atividades implementadas.

Assim sendo, compreendo que as atividades em grupos devem ser desenvolvidas de forma não autoritária, adaptando-nos aos interesses dos usuários, o que facilitará sua vinculação aos serviços de saúde. Possibilitar a construção coletiva de projetos (grupos, espaços de troca) que atendam a demanda da população, além de potencializar o exercício da cidadania, gera transformações no comportamento individual e coletivo. E para isso, o trabalhador tem papel fundamental nesse processo, pois é um dos protagonistas dessas mudanças.

No próximo tópico, trouxe questões relativas ao processo de trabalho na ESF, principalmente abordando as dificuldades vividas no cotidiano do trabalho e que estão relacionadas aos atendimentos em saúde mental, influenciando o atendimento aos usuários.

4.2 As dificuldades enfrentadas pelos profissionais para trabalhar com saúde mental na ESF

Para Silva et al (2006), a composição das equipes de saúde aponta para a multiprofissionalidade, como preconizado pelo modelo desenhado pelo Ministério da Saúde. Fazem parte dessas equipes médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cada qual com suas competências, porém com atribuições comuns pautadas no sentimento de responsabilização pelo cuidado sobre a população atendida, no território e de acordo com suas demandas. O autor ressalta que a equipe de saúde é capaz de estruturar seu trabalho junto à comunidade, e até desconstruir modelos organizacionais já existentes, buscando dar respostas positivas às demandas da população. Para que isso seja possível é necessário a responsabilização, assim como a vontade dos membros da equipe de (re)construir o processo de trabalho.

Há evidências teóricas de que a reestruturação das organizações de saúde segundo equipes interdisciplinares teria potencial para contribuir bastante para melhor definir os padrões de responsabilidade sanitária, permitindo, com isso, o estabelecimento de programas com coeficiente de vínculo entre profissionais e

usuários mais humanos e eficazes, além de criar espaço onde uma integração interdisciplinar seja possível, ainda que não automática ou de simples execução (CAMPOS, 2007).

Nesse sentido, para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, assim como também montar um sistema que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro e alguém deve se responsabilizar pelo seguimento longitudinal e pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais. Para se trabalhar, portanto, em uma perspectiva interdisciplinar, pressupõe-se algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico (CAMPOS, 2007).

Os entrevistados falaram do trabalho e vínculo em equipe, mas ainda é forte o vínculo com o saber médico, principalmente pela dificuldade em entender como se processa o atendimento em saúde mental no âmbito da saúde da família:

“A gente tenta, mas não é a mesma coisa, o pessoal quer médico. Eles dizem que o técnico de enfermagem ajuda, mas não é médico. Se soubessem que às vezes com palavras já ajuda, mas é um vício, tem que tomar remédio, acham mais fácil pra fugir dos problemas, mas tem que ocupar a mente com outras coisas...”(1)

“É feito acolhimento como qualquer outro paciente, se eu vejo que tem um problema atrás do que ele está relatando, se está mascarado, a gente conversa, vejo a necessidade de encaminhar ao CESAME, converso com a médica pra ver se passo para ela dar um remédio pra acalmar, dar uma medicação, uma orientação. Nem sempre precisa de fármaco, às vezes uma escuta resolve, se é necessário encaminho ao CESAME.” (2)

Nos depoimentos, é possível perceber que ainda é relevante a preferência do usuário pelo médico na ESF, como se ela não funcionasse sem ele ou não houvesse profissional da área disponível para atendimento. Na equipe, é possível perceber que se tenta evitar a centralização do trabalho médico, priorizando a unidade da equipe, com abordagem interdisciplinar, mas ainda se sente a necessidade de ouvir a palavra do médico antes de certas tomadas de decisão.

Na premissa de que todos querem levar a vida satisfatoriamente, Freitas

(1998), ressalta que na convivência com a instituição psiquiátrica, clientes e famílias se encontram à espera que a sua doença desapareça, ou que seja curada segundo os termos médicos. Desta mesma forma, a busca da cura por usuários e familiares, através do antigo e ainda presente modelo médico, se repete na Atenção Básica, o que confirmamos através dos relatos anteriores. Ainda se percebe as equipes organizando o processo de trabalho de acordo com a solicitação da população, ou seja, de acordo com o que ela acredita ser melhor para si. Portanto, muitas vezes os trabalhadores de saúde definem a conduta a partir da solicitação da clientela, acreditando ou não na forma de cuidado solicitada, por incerteza e também por acreditarem ser a forma mais fácil e de rápido resultado, mantendo-se desta forma no viés do modelo assistencial, ainda fortemente hegemônico e centrado na clínica tradicional.

Tal aspecto é reforçado por Merhy (2002, p. 125) quando este afirma que a ação de outros profissionais de saúde é, geralmente, subjugada à lógica médica, ou seja:

(...) o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.”

Com isso, verificamos que há a necessidade de reorganizar o processo de trabalho, diminuindo o enfoque no médico e ressaltando a importância da equipe multiprofissional. Não basta apenas criarmos novas equipes ou mudar os profissionais já existentes se o modelo de atendimento continua o mesmo. É ele que orienta o processo de trabalho e como as equipes deverão funcionar. Se o modelo não muda, a própria cultura da sociedade sobre o atendimento em saúde também não.

Um modelo que tende a ser dinâmico como o da ESF, onde não deve haver espaço para a centralização do trabalho médico, gera muitas incertezas no cotidiano do trabalho. Uma dessas incertezas diz respeito ao encaminhamento – de como, quando encaminhar ou não encaminhar determinada situação:

“Se eu tenho dificuldades [com situações de saúde mental] procuro apoio, já cansei de ligar pra médica, perguntando o que ela acha que eu faço.” (2)

“A gente tem. Tu é limitado, tenho vontade de ter apoio de alguém, ou alguém que eu possa ligar pra ter um respaldo. Porque não sei se está certo o que estou fazendo, tenho necessidade de uma segunda opinião, de perguntar - o que faço nessa situação?? Não sabemos como fazer, passamos pra equipe, pro NASF, porque não fazemos o encaminhamento no momento.” (4)

Os entrevistados deixam claro a dificuldade de manejar determinados casos, como os de saúde mental. Para eles, há duas questões importantes para analisar. Uma delas diz respeito à opinião médica, fundamental para o direcionamento do atendimento. A outra é o respaldo dos serviços de apoio, como os NASFs, que devem orientar nessas situações.

Nesse contexto, Campos (2007) destaca a importância do matriciamento como recurso de cuidado que pode ser oferecido aos trabalhadores da atenção básica. Trata-se de um especialista (ou equipe de especialistas) que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais da ponta, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe da atenção básica, responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. É um excelente recurso para se realizar a gestão da atenção em saúde de forma a diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento.

Dentro dessa perspectiva, situam-se também os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Segundo a Portaria GM/MS 154/2008, entre suas funções estão o apoio às ESFs, tanto na abordagem de usuários quanto à discussão sobre o processo de trabalho dos serviços. Ela deve ajudar os serviços da atenção básica e em parceria com os especializados no atendimento aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar, entre outras situações sociais complexas.

Além disso, vale ressaltar a importância de o próprio CAPS participar das ações de matriciamento, discutindo os casos e até mesmo prestando atendimento junto à equipe da rede básica de saúde, co-responsabilizando-se pelo cuidado e

pelo monitoramento dos usuários da área de cobertura da ESF. Os CAPS, como serviços estratégicos do processo de reforma psiquiátrica, devem estimular o diálogo entre os serviços e o fortalecimento da rede substitutiva, de modo a cooperar na transformação da visão (ainda) hegemônica sobre a clínica, que insiste na internação e no isolamento como únicas abordagens eficazes de atendimento a usuários de saúde mental. O apoio matricial às equipes básicas, prestado pelos serviços especializados, seria uma excelente oportunidade de se constituir em ferramenta potencializadora da humanização da atenção e da gestão do cuidado na saúde.

São notórias, na fala dos profissionais, as dificuldades relacionadas ao atendimento em saúde mental, pois, quando o profissional identifica questões de saúde mental, muitas vezes não sabe o que/como fazer e para onde encaminhar. Nesse sentido, vale ressaltar a necessidade de investimento na rede e de articulação entre os serviços. Além disso, deve-se pensar no trabalhador, de modo a oferecer-lhe subsídios teóricos e práticos, consonantes com os princípios da reforma psiquiátrica e também da política de saúde mental em vigor no Brasil.

Apesar disso, os entraves no acesso aos serviços especializados em saúde mental contribuí para tornar mais imprecisa a realidade do trabalho na ESF. No que se refere aos CAPS, por exemplo, a maior dificuldade diz respeito ao acesso do usuário aos serviços. Os relatos abaixo exemplificam tais dificuldades:

“Muita gente é atendida aqui, até porque as cotas mensais pro CAPS são mínimas, são quatro.” (1)

“O que ouço de dificuldade e pra mim também afeta é o agendamento no CAPS, o pessoal não consegue agendar ou demora.” (1)

“A dificuldade é nisso, como encaminhar pro CAPS, quando encaminhar...” (4)

Ao mesmo tempo em que os profissionais se dedicam, apesar das limitações, a atender os usuários no contexto do território, desponta como obstáculo a dificuldade de acesso aos serviços especializados, nesse caso o CAPS. Colaborando com o exposto, Lancetti e Amarante (2009), falam que o hábitat privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental, usuários de drogas, violentados e pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedades é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde

encravadas nos territórios onde as pessoas existem.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), é papel do CAPS no âmbito do seu território: responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial, além de supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica. No entanto, conforme Lancetti e Amarante (2009) dentro do território, possui maior potencial de inserção a ESF, e, por isso, é tão importante que o CAPS trabalhe junto às equipes da ESF, mesmo em situações de inchamento ou sobrecarga institucional.

O CAPS foi criado a fim existir na modalidade de atender pessoas com sofrimentos psíquicos severos e persistentes, e para que seja efetivamente um serviço substitutivo, é necessário possibilitar o acesso e cuidado demandados. No entanto, alguns estudos (WETZEL, 2005; ANTUNES; QUEIROZ, 2007; PINHO, 2009) vêm apontando algumas das dificuldades existentes no acesso dos usuários aos serviços especializados, o que contribuiu para aumentar a demanda reprimida e também para a cronificação daqueles já ingressantes nos serviços.

Pinho, Bañon e Kantorski (2010), ao estudarem um serviço substitutivo de uma cidade da Região Sul do Brasil, apontaram o desconforto dos trabalhadores no que diz respeito à inserção do serviço no território. Segundo esses profissionais, um serviço tão complexo, como o CAPS, que nasceu na comunidade, ainda parece se aproximar pouco dela, restringindo suas atividades ao contexto interno da instituição. Entre as justificativas levantadas no estudo, encontrou-se, principalmente, a falta de recursos para “sair do serviço”, como a falta de carro. Tais justificativas, apesar de pertinentes para repensar a estrutura da equipe para os atendimentos ou para as atividades externas, reiteram o quanto as responsabilidades assumidas pelos trabalhadores ficam restritas ao espaço interno do serviço, excluindo-se de sua competência aquelas externas ao CAPS. Desse modo, o movimento de “inclusão na comunidade” se reverte para a “inclusão no serviço”, mais compatível com modelos tradicionais que cronificam e institucionalizam a loucura, como o manicomial.

Amarante (2008) enfatiza que o objetivo dos CAPS é funcionarem articulados em rede, e não somente entre si (rede inter-CAPS), mas em rede com outros serviços sanitários (de saúde mental e de saúde em geral), assim como em rede com outros serviços e dispositivos não sanitários, como educação, cultura, transporte, dentre outros produzidos no âmbito dos vários setores das políticas

públicas. E não apenas das políticas públicas, mas também das iniciativas que vêm da sociedade com seus vários recursos e possibilidades, já que o maior potencial substitutivo do CAPS se dá na ação no território e não apenas nas atividades realizadas no interior do serviço, seja na possibilidade de ativar atores e recursos comunitários em função dos objetivos e estratégias de inclusão e integração social, seja na transformação da cultura da comunidade em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento mental.

Portanto, partindo do entendimento do CAPS como serviço estratégico no território, enfatizo a necessidade de se pensar para “fora dele”, ou seja, olhar os diferentes dispositivos da rede que possam contemplar as complexas interações e demandas do fenômeno da loucura. Atuar no território sob essa perspectiva parece fundamental para a construção de uma inovadora lógica de atendimento que desmonte as instituições psiquiátricas tradicionais e abra novas perspectivas ou caminhos para o cuidado à loucura onde ela reside, como parte da sociedade em que vivemos. O CAPS é um excelente e estratégico recurso, mas não pode totalizar o conhecimento daquilo que ainda é tão desconhecido para todos nós.

Novamente, invoco aqui a necessidade de pensar trabalho em rede, a fim de repensar o fluxo a partir da demanda e de suas necessidades, iniciando processos sensibilizatórios aos trabalhadores e à comunidade. Além disso, é preciso potencializar a inserção e importância desses trabalhadores para ressignificar concepções tradicionais que ainda insistem em nos acompanhar, como o louco perigoso, agressivo, que deve ser contido e excluído do convívio com outras pessoas. É um trabalho hercúleo, mas importante e necessário para completar o círculo de possibilidades inventivas de cuidado articuladas aos pressupostos do movimento da reforma psiquiátrica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ESTUDO

O resultado de contínuas e exaustivas leituras dos dados obtidos no campo empírico desta investigação oportunizou alcançar o objetivo proposto, que foi conhecer a concepção dos profissionais de uma ESF sobre as ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da Atenção Básica.

A partir das informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa, foi possível observar a necessidade de planejar ações destinadas à melhoria da qualidade da assistência à saúde mental na atenção básica. Para isso, deve-se incluir capacitação aos profissionais, a fim de otimizar suas capacidades de realizar diagnósticos precoces, realizar intervenções pertinentes à atenção básica e encaminhamentos oportunos e com co-responsabilização.

Verificamos também a necessidade de aperfeiçoamento da organização do trabalho, tanto na unidade como na articulação entre os diversos serviços existentes no município, visando a uma atenção em rede.

REFERÊNCIAS

ANTONACCI, M.H. **Saúde Mental na Atenção Básica**: expectativas e anseios da comunidade do Sítio Floresta. 2009. 85p. Monografia (Graduação – Bacharel em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2009.

ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M.S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.1, p.207-15, 2007.

AMARANTE, P. D. de C. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências e Saúde**, v.1, n.1, p. 61-77, 1994.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organizações e instituições para psiquiátrica comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria SNAS nº 189**, de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. **Portaria SAS/MS nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento hospitalar e ambulatorial no âmbito da saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. **Resolução 196/96**. Trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília: CNS, 1996.

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Portaria 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria 154/GM**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Legislação em saúde mental 1990-2004.** 5. ed. Brasília, 2004.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Associação Brasileira de Psiquiatria. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. Federação Nacional dos Médicos. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil.** Brasil: ABP, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CASTRO, Raul M. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, v. 72, n. 1, p. 85-96, Jan-Mar. 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, Jun. 2004.

CONTE, Marta. C. da APPAOA, Porto Alegre, n. 156, Abril. 2007.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica.** Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 167p. (Coleção Loucura & Civilização).

FRANCO, T.B. **El reconocimiento de la produccion subjetiva del cuidado.** Salud Coletiva. 2011; 7 (1): 9-20

FREITAS, F. F. P. **Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(1):93-106, jan-mar, 1998

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

LANCETTI, A; Amarante, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. Em: Campos GWS et al (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009 (615-634)

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2002.

MINAYO, Maria Cecília S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001.

PINHO, L.B. **Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica**. 2009. 344p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PINHO, L.B.; Bañon, A.M.; Kantorski, L.P. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.9, n.1, p.28-35, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPUCAIA DO SUL. **Censo 2010**. Sapucaia do Sul: PMSS, 2011. Disponível em: <http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/>.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, Abr. 2009.

TEIXEIRA, R. R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A.(Org). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p.89-112.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 291f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Básicos das grupoterapias**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 244p.

APÊNDICE A - Roteiro para a Entrevista

Questões:

- 1) Fale-me sobre as ações de saúde mental que são desenvolvidas pela Unidade Básica de Saúde.
- 2) O que você faz quando chega alguém com transtorno mental em sua unidade, precisando de atendimento?
- 3) Que dificuldades você vive no cotidiano quando precisa atender alguém com transtorno mental?

APÊNDICE B – Carta para a Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

EducaSaúde - Educação em Saúde Coletiva e a Educação dos Profissionais de
Saúde

Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde

Faculdade de Educação

Programa de Pós-Graduação em Educação

Ao Sr. José Eloir Wink

MD Secretário de Saúde do Município de Sapucaia do Sul/RS

Senhor Secretário

Cumprimentando-a cordialmente, viemos por meio deste solicitar autorização para desenvolver um estudo de avaliação nos serviços da rede de atenção básica em Sapucaia do Sul, intitulado “Ações de Saúde Mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da Atenção Básica”. Ele será desenvolvido pelo Curso de Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo que tem por objetivo geral conhecer as ações de saúde mental que são desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica em Sapucaia do Sul/RS.

Esperamos que a pesquisa contribua para o avanço do conhecimento científico no campo da atenção básica e saúde mental, em especial ajudando a problematizar, avaliar o impacto das políticas públicas e qualificar o atendimento a usuários em sofrimento psíquico no contexto brasileiro e no município, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. A pesquisa será realizada por meio de uma entrevista com trabalhadores da rede de atenção básica em Sapucaia do Sul, de acordo com critérios pré-estabelecidos pelo estudo.

Teremos o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição e o município.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos pela

oportunidade ao mesmo tempo em nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFRGS
Curso de Especialização em Educação em Saúde Mental
Coletiva - UFRGS

Telefones para Contato: 51-3308-4131 / 8221-0103.

E-mail: Lbpinho@ufrgs.br

APÊNDICE C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

Data: Thu, 16 Feb 2012 15:54:54 -0200 [16-02-2012 15:54:54 BRT]
De: etica@propesq.ufrgs.br
Para: lbpinho@ufrgs.br
Assunto: Projeto de pesquisa na Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS
Prezado Pesquisador LEANDRO BARBOSA DE PINHO,

Informamos que o projeto de pesquisa AÇÕES DE SAÚDE MENTAL DESENVOLVIDAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA, encaminhado para análise em 07/12/2011, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS com o seguinte parecer:

Considerando que o pesquisador atendeu as sugestões do Comitê, o projeto está aprovado.

CEP/UFRGS

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resolução nº 196/1996 do Ministério da Saúde.

Estamos apresentando ao senhor a presente pesquisa, intitulada “Ações de Saúde Mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da Atenção Básica”, que será desenvolvida pelo Curso de Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo que tem por objetivo geral conhecer as ações de saúde mental que são desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica em Sapucaia do Sul/RS.

Esperamos que a pesquisa contribua para o avanço do conhecimento científico no campo da atenção básica e saúde mental, avaliando o impacto das políticas públicas de atendimento a usuários em sofrimento psíquico e respeitando as orientações da política nacional de saúde mental em vigência no Brasil.

Realizaremos uma entrevista conforme roteiro previamente estabelecido, a ser aplicada em dia e horário acordado com você e no local de sua preferência. Como a entrevista precisará do uso de gravador, pedimos sua colaboração nesse sentido. No entanto, não se preocupe, pois todas as informações coletadas e transcritas serão mantidas em sigilo. Garantimos também que em nenhum momento da pesquisa você será identificado e que você terá acesso livre aos dados coletados por nós. Você tem total liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, e nós teremos o dever de destruí-las no momento em que isso acontecer. Caso isso ocorra, manifestamos nossa solidariedade e nosso respeito, bem como a garantia de que não haverá nenhuma retaliação.

A entrevista deverá durar em torno de 60 minutos. Estaremos atentos para minimizar quaisquer riscos morais ou emocionais que possam ocorrer com a entrevista. No entanto, caso ela esteja se tornando desconfortável para você, pedimos a gentileza de interrompê-la imediatamente. Poderemos retomá-la em outro momento ou deixamos livre a sua decisão em continuar participando ou não da pesquisa.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, por favor, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma cópia ficará conosco e será arquivada; a outra, ficará com você:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados, da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Local/Data: _____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Coordenador da Pesquisa: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Programa de Pós-Graduação em Educação – EducaSaúde. Prof. Leandro Barbosa de Pinho. Rua Av. Paulo Gama, 110 - Prédio 12.201 - 4o Andar - Sala 409 e 412. CEP: 90.046-900 – Porto Alegre/RS. Telefones: 51-3308-4131 ou 82210103. Email: Lbpinho@ufrgs.br

Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS: Tel: 51-33083629.